9

CONCOURS

POUR

LA CHAIRE DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS.

DE LA DÉLIVRANCE.

THÈSE

SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

LE MERCREDI 14 MAI 1834, A 4 HEURES DU SOIR,

PAR L.-F.-M. COLOMBE,

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS,
PROFESSEUR PARTICULIER D'ACCOUCHEMENS, DE MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANS, ETC

Rien n'est plus facile que d'attendre et cependant dans les accouchemens c'est ce qu'on fait le moins.
(DE LAMOTTE.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE FAIN, RUE RACINE, N°. 4,
PLACE DE L'ODÉON.
1834.

0 1 2 3 4 5 (cm)

MM. LES PROFESSEURS.

MOREAU, président.
DUPUYTREN,
ROUX,
MARJOLIN,
CLOQUET,
GERDY,
DUMÉRIL,
BÉRARD,
} Juges.
FOUQUIER, suppléant.

MM. LES MEMBRES DE L'ACADEMIE.

CAPURON,
LEBRETON,
DEVILLIERS,
VILLENEUVE,
DANYAU, suppléant.

CANDIDATS.

MM. Bazignan.
Baudeloque neveu.
L. Colombe.
P. Dubois.
Velpeau.

A

Monsieur Danyau.

SON PROSECTEUR.

L. COLOMBE.

CONCOURS

POUR

LA CHAIRE DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS.

DE LA DÉLIVRANCE.

De la délivrance.

La délivrance est le complément de l'accouchement. Lorsque l'enfant a franchi les organes sexuels, la tâche pénible de la femme n'est point terminée : elle traîne encore après elle son lien, comme le disaient les anciens. Le cordon ombilical se présente engagé au passage ; l'enfant a laissé, dans la matrice où il s'est développé, les organes qui l'unissaient à sa mère, le placenta et ses membranes, qu'on désigne alors sous le nom d'arrière-faix, de secondine, de délivre. Ces organes, devenus inutiles puisque l'enfant en est séparé, sans but, sans destination ultérieure, ne tardent pas à subir le même sort que lui ; les faibles liens qui les fixaient à l'utérus sont bientôt détruits par les contractions de cette cavité musculeuse qui expulse au dehors ces corps étrangers.

La délivrance a de tout temps fixé l'attention des médecins (1). Dans le monde même, cette fonction se présente avec un tel degré de gravité, que la plupart des femmes la redoutent plus que l'accouchement. On fait souvent consister le talent de l'accoucheur, autant dans la dextérité, la prudence qu'il déploie dans cette partie du travail, que dans celle qui la précède. Bien qu'exagérée, cette opinion n'est cependant point sans fondement. C'est le plus ordinairement quelques instans après la délivrance, lors même que l'accouchement a été le plus heureux, que les dangers les plus graves menacent des jours qu'on croyait à l'abri de tout accident, et que les secours les plus prompts deviennent le plus nécessaires.

Cette fonction est presque toujours heureusement le résultat des efforts de la nature ; la délivrance est alors spontanée, naturelle.

Dans d'autres circonstances elle s'accompagne d'accidens qui y mettent obstacle ; elle nécessite alors les secours de l'art, et la délivrance devient artificielle.

De la délivrance naturelle ou spontanée.

C'est l'expulsion, par les seules forces de la nature, du placenta et des membranes au dehors des organes génitaux.

Après que l'enfant est sorti du sein de la mère, tandis que celle-ci, dans le calme délicieux qui suit les violentes douleurs de l'enfantement, semble oublier tout ce qu'elle a souffert, et se livrer au bonheur de la maternité, quelques coliques, quelques douleurs ne tardent pas à l'arracher à ses profondes et douces émotions. D'abord passagères et éloignées, ces douleurs fixent à peine son attention ; mais elles reparaissent bientôt plus fréquentes et plus fortes avec le caractère qu'elles offraient pendant l'accouchement. La femme alors commence à se plaindre, et celle qui n'a pas eu d'enfant redoute un nouveau travail. Pendant la douleur, qui a son siége dans le bas-ventre,

---

(1) Hyppocrate donne sur la manière de la pratiquer les conseils les plus rationnels: *id vero sensim non vi faciendum ne præter naturam distractæ secundæ inflammationem excitent.*
(Hypp., de Superf., sect. III.)

on sent au-dessous de l'ombilic une tumeur dure, formée par l'utérus contracté sur lui-même. Ces douleurs cessent pour renaître quelque temps après plus longues et plus vives ; et, quoique de même nature que celles de l'accouchement, elles sont bien moins fortes et moins pénibles. Vagues dans l'origine, plus ou moins irrégulières, elles ne tardent pas à se régulariser et à se succéder plus rapidement. La femme alors ressent sur le rectum, sur la vessie, une pression qui lui fait sentir le besoin de seconder cet effort. Les parois abdominales se contractent en même temps que l'utérus, et bientôt, cédant à cette double puissance, la masse placentaire détachée franchit le col de la matrice, parcourt le vagin, et fait éprouver à la femme la sensation d'un corps souple, mol, chaud, qui vient se présenter à la vulve qu'il traverse dans une dernière douleur qui termine la délivrance. La femme est de suite soulagée, le calme se rétablit, et elle ne ressent plus de ses longues souffrances que quelques tranchées, quelques coliques qui ne tardent pas à se calmer. Tel est l'ensemble des symptômes de la délivrance.

La douleur considérée en elle-même offre en petit, comme nous l'avons dit, les caractères de celle qui accompagne le travail de l'enfantement. Quant à la sensation pénible qui l'occasionne, elle varie comme celle avec laquelle elle offre tant d'autres analogies. Il est des femmes qui se plaignent beaucoup, il en est d'autres qui paraissent peu souffrir, surtout celles qui ont eu déjà des enfans.

L'intervalle qui sépare la délivrance de l'accouchement est aussi très-variable. Tantôt la délivrance suit immédiatement l'enfant ; d'autres fois elle se fait attendre un quart d'heure, une heure, quelquefois beaucoup plus. En général, plus la femme est forte, plus les contractions utérines ont été soutenues, moins il y a d'eau dans la cavité des membranes, plus leur écoulement s'est opéré promptement (1), moins le placenta est volumineux,

---

(1) Pour hâter la délivrance, Levrete conseille, lorsqu'il y a beaucoup d'eaux, de leur donner promptement issue, afin que l'utérus revienne sur lui-même et que l'accouchement et la délivrance tardent moins à s'opérer.

moins il est adhérent à l'utérus, et plus le travail de la délivrance est rapproché de l'accouchement. Il en est de même de sa durée.

Il est toujours facile de reconnaître le travail de la délivrance aux symptômes que nous venons de décrire, à la marche du travail, à la présence d'un corps mol dans la cavité vaginale, plus dur, plus résistant qu'une nouvelle tumeur formée par les membranes d'un nouvel enfant, moins dur que la tête ou toute autre partie de celui-ci, avec lequel il est bien essentiel de ne pas le confondre. On le distinguera encore facilement des caillots plus friables ou des autres tumeurs inégales, dures, qui peuvent, comme lui, se présenter au col de l'utérus ou dans le vagin : sa surface fœtale vasculeuse, lisse, sa surface utérine rugueuse, si différente de la précédente, le cordon ombilical, son implantation, serviront toujours à le faire reconnaître.

Toutes les fois que le travail est régulier, qu'il ne s'écoule que peu de sang au dehors des organes génitaux, que le corps de l'utérus est dur, résistant, que le placenta s'engage et cède facilement aux efforts, aux contractions de l'utérus, la délivrance doit se terminer d'une manière heureuse. Mais si l'utérus tarde à se contracter, s'il est mol, difficile à distinguer à travers les parois abdominales, s'il s'écoule beaucoup de sang au dehors des parties génitales, si la femme est faible, si elle se plaint de douleurs abdominales, de douleurs de tête, d'un malaise général, il faut être sur ses gardes, et redouter une délivrance fâcheuse. Pour imiter, pour seconder la nature dans cette fonction, il est nécessaire d'en connaître le mécanisme, et comment il s'opère; c'est ce que nous allons examiner.

Du mécanisme de la délivrance.

La plupart des auteurs, entre autres Beaudelocque et Gardien, ont admis dans la délivrance, deux temps : celui de son décollement, et celui de son expulsion. M. Désormeaux en voit trois bien distincts : celui du décollement, celui du passage à travers le col de la matrice, et celui de l'expulsion au dehors de la vulve. Mais ces temps sont-ils aussi distincts que le pensent ces auteurs? Quels en sont les signes, les caractères? Comment les distinguer? Ne voit-on pas souvent une portion du délivre engagée à travers le

col, tandis que l'autre est encore renfermée dans l'utérus auquel elle adhère? Quel avantage peut-on retirer de cette distinction dans la pratique? Sans doute il serait bien essentiel de connaître quand le placenta est décollé; mais dans ces distinctions, dans ces différens temps, rien ne nous l'indique.

Fondées sur le caractère de la douleur comme pour l'accouchement, ces distinctions nous paraîtraient plus vraies et plus essentiellement utiles. La douleur d'abord vague, dont les accès sont éloignés et plus ou moins irréguliers, commence à opérer le décollement du placenta, et lui prépare la voie qu'il doit franchir. Mais lorsque la douleur change de caractère, qu'elle réside dans le corps de l'utérus, que les accès en deviennent réguliers, le placenta n'est pas éloigné d'être détaché de la surface de l'utérine. Enfin, lorsque les contractions de cet organe coïncident avec celles des muscles abdominaux et du diaphragme, et qu'elles s'accompagnent d'efforts d'expulsion, alors les adhérences du placenta et de ses membranes sont détruites, et le délivre n'a plus à franchir que des ouvertures qui lui offrent une faible résistance. Pour nous, ces caractères de la douleur que nous avons souvent étudiés, aussi tranchés dans la délivrance que dans l'accouchement, deviennent des signes diagnostics de l'époque de la délivrance. Nous verrons quelles sont les conséquences pratiques qu'on peut en déduire.

Mais comment s'opère le décollement du placenta, du délivre? Dès les premières contractions sensibles de l'utérus, même au début du travail de l'accouchement, cet organe, en se resserrant, commence à rompre les liens qui l'unissaient au placenta et aux membranes. Le sang qui s'écoule alors est la preuve de cette espèce de solution de connexion. Aussitôt que l'utérus est débarrassé des eaux de l'amnios et du fœtus, ce décollement s'opère bien plus rapidement. Revenue sur elle-même, la cavité utérine se resserre de plus en plus à chaque contraction. Le placenta, corps inerte, ne peut plus suivre ce grand mouvement actif, les liens qui les unissaient encore achèvent d'être détruits, leurs surfaces se séparent, et le décollement est d'autant plus complet que les contractions ont été plus soutenues, plus violentes.

Ce phénomène est-il le résultat des seules contractions utérines, comme

le pensent la plupart des auteurs (1)? Les changemens qui s'opèrent dans les relations existantes entre l'utérus et le placenta, n'y sont pas étrangers. Ces communications, comme le prouvent les observations de M. Alphonse Leroy sur les ruminans, sont moins actives, les adhérences moins intimes, le tissu qui les établit moins solide, moins résistant, à mesure que la gestation approche de son terme. Aussi la délivrance s'opère-t-elle beaucoup plus promptement après l'accouchement à terme que pendant l'avortement, excepté cependant lorsque cet accident a lieu dans les premiers temps de la gestation, où ces liens sont encore fragiles et où l'œuf sort en entier, comme on le voit aussi quelquefois au terme de la grossesse. Le placenta est moins gros, proportionnellement au fœtus, vers la fin de la grossesse, qu'aux autres époques de cette fonction. Ces vaisseaux, comme chez le vieillard, semblent s'oblitérer, suivant l'opinion de quelques auteurs, s'ossifier, comme on en cite des observations; tous ces changemens anatomiques prouvent que les fonctions du placenta touchent à leur fin, et que si l'enfant restait plus long-temps dans l'utérus, si l'accouchement ne venait chasser ces corps qui y deviennent étrangers, les communications ne seraient peut être plus suffisantes pour les nourrir au delà de ce terme.

Telle est suivant nous la cause de l'accouchement et de la délivrance. C'est ainsi que nous pouvons également nous rendre raison des causes qui produisent l'avortement, qui survient toutes les fois que l'accident vient affaiblir ou interrompre les communications existant entre l'utérus et le placenta, soit en décollant celui-ci, soit en donnant issue aux eaux de l'amnios, soit en altérant le tissu des organes, comme on l'observe à la suite de toutes les lésions organiques de l'utérus ou du placenta, qui nuisent aux fonctions de relation qui sont nécessaires au développement et à la vie de

---

(1) Ruisch attribuait ce décollement à l'action du muscle circulaire qu'il croyait avoir découvert à la surface interne de l'utérus, et qu'il désigne sous le nom de *detrusor placentæ;* mais ce petit muscle, qui n'existe qu'aux angles supérieurs de cet organe, comme l'ont démontré les recherches de Haller, de M. Roux, de Meckel, Mme. Boivin, etc. Ce petit muscle, disons-nous, qui ne se trouve pas toujours en rapport avec le placenta, est trop faible pour produire un phénomène auquel concourt évidemment tout le système musculaire de l'utérus.

l'enfant. Ce qui dans l'accouchement est le résultat du cours de la gestation, dans l'avortement est produit par une cause accidentelle.

Nous n'attachons pas à cette explication plus d'importance qu'elle n'en mérite. Elle nous paraît féconde en conséquences pratiques, et, bien qu'elle se prête comme toutes les autres hypothèses, à beaucoup d'objections, elle nous paraît cependant probable, et se rattache trop à la délivrance pour ne pas trouver place ici.

De quelque manière que s'opère le décollement du placenta, qu'il soit préparé par le développement du fœtus et l'affaiblissement des relations établies entre le placenta et l'utérus, ou qu'il soit exclusivement le résultat de l'action de cet organe, il présente des variétés que nous allons décrire.

Le plus souvent, quand la délivrance s'opère seule, le placenta se décolle par un des points de sa circonférence; si c'est la partie la plus éloignée du col, le sang glisse entre les surfaces contiguës, les sépare, le placenta tombe alors sur l'orifice de l'utérus, s'y applique jusqu'à ce qu'il soit expulsé. Cette explication, donnée par les auteurs, est peut-être plus ingénieuse que fondée et surtout que facile à vérifier dans la pratique. Comme dans toutes les autres circonstances, le décollement est bien plutôt ici le résultat de l'action de l'utérus, que du sang qui s'interpose entre cet organe et le placenta.

Lorsque le centre se détache, et que les bords du placenta restent adhérens, ce qui se rencontre encore assez souvent, cette portion forme alors une espèce de cavité où le sang, en s'amassant, contribue à étendre le décollement. Le cône formé par la face fœtale du placenta, lisse, vasculaire, vient s'engager avec le cordon qui en ferme souvent le sommet dans l'orifice du col.

Quand le décollement s'opère dans la portion de circonférence voisine du col, la surface utérine glisse sur cette ouverture, le sang s'écoule au dehors plus abondamment que dans les cas précédens, et le placenta, roulé sur lui-même en forme de cornet, présente à l'orifice du col sa surface rugueuse, mollasse et inégale. Du reste, que ce décollement ait lieu du centre à la circonférence ou d'une partie de la circonférence à l'autre, la surface fœtale se présente bien plus souvent que l'utérine à l'ouverture du col, lors même qu'on n'a exercé aucune traction sur le cordon ombilical; sous l'influence

des contractions utérines, elle traverse le col dans l'axe du détroit supérieur; tandis que le placenta s'engage dans la partie supérieure du vagin, les membranes, encore faiblement adhérentes ou libres, se relèvent sur la surface utérine de ce corps, la couvre, et le délivre, parcourant ainsi toute l'étendue du vagin dans la direction de l'axe du détroit inférieur, vient s'offrir à l'ouverture de la vulve qu'il franchit, retourné sur lui-même. Alors la surface fœtale est en dehors, la surface utérine forme l'intérieur de la cavité, au fond de laquelle on aperçoit le placenta, et dont les parois membraneuses présentent l'ouverture qui a livré passage aux eaux de l'amnios et au fœtus. Ainsi l'œuf se trouve au dehors dans une disposition inverse à celle qu'il présentait dans la cavité de l'utérus. Tel est le mécanisme de la délivrance, que la grossesse soit simple ou multiple; espèce d'accouchement en petit, la délivrance réclame des soins différens suivant ses complications, suivant sa nature.

Des secours que réclame la délivrance naturelle, de l'instant favorable à leur application.

Des auteurs modernes pensent que la délivrance naturelle peut être abandonnée à elle-même sans craindre aucun danger. Cependant les auteurs anciens n'ont pas tous été de cet avis. Mauriceau, dans la crainte que le col de l'utérus ne se refermât et n'apportât par-là obstacle à la délivrance, donne le précepte, « avant même de lui nouer et couper le cordon de l'ombilic, sans perdre de temps, de délivrer l'accouchée de cette masse charnue ». Si les tractions douces, si les efforts de la femme pour vomir, pour souffler dans une main fermée, ne réussissent pas, il veut qu'on introduise la main dans la matrice pour opérer la délivrance. Deventer, Delamotte, ont professé aussi cette doctrine, qui fut abandonnée ensuite par Ruisch, Puzos, Pasta, Levret, Dionis, Monro, Smelie, etc., qui conseillent d'abandonner la délivrance à la nature.

Cette opinion est généralement adoptée; cependant, bien que la délivrance puisse s'opérer elle-même, il faut encore la seconder pour faire cesser plus promptement cette anxiété pénible de l'accouchée, qui dure tant que la délivrance n'est point terminée.

Dès que l'enfant est au dehors, qu'il respire bien, que le cordon ombilical est coupé, que l'utérus est bien revenu sur lui-même, l'accoucheur ne doit pas différer de pratiquer le toucher, en y apportant toutes les précautions, tous les ménagemens possibles, pour éviter de causer de la douleur en introduisant le doigt dans des organes aussi fatigués.

Placé au devant de la femme, ou à ses côtés, il saisit d'une main le cordon ombilical, le soulève, puis glisse l'index de l'autre, en longeant ce guide qu'il porte derrière la symphise des pubis, pour éviter de froisser la commissure postérieure qui est souvent contuse, quelquefois déchirée, et toujours la partie la plus sensible de la vulve après l'accouchement. Il arrive ainsi jusqu'à l'orifice utérin, dont les bords sont tellement souples, mous, qu'il est quelquefois difficile de les reconnaître. Là, il rencontre quelquefois la surface utérine ou la surface lisse et vasculeuse du placenta ; dans d'autres circonstances, le col est libre, le cordon ombilical seul traverse cette ouverture, et son implantation est tellement éloignée qu'on ne peut la sentir ; il faut alors, autant que possible, s'assurer, par sa direction, de la région de l'utérus à laquelle correspond ou adhère le délivre. Lorsque l'accoucheur a acquis cette connaissance, qu'il a la certitude que l'utérus ne renferme pas d'autre enfant ; si les douleurs du travail sont légères, irrégulières, si l'utérus est souple, mol, faiblement contracté sur lui-même, il se contente de frictionner légèrement les parois de cet organe à travers les parois abdominales pour en solliciter les contractions. L'accoucheur attend le moment favorable pour seconder la délivrance si elle ne s'opère pas d'elle-même. Mais, pendant ce temps, il ne doit pas perdre de vue l'accouchée, ni rester oisif ou s'adonner à la conversation. Car souvent, au milieu de cette sécurité qui suit l'accouchement heureux, il survient des accidens, d'autant plus graves, qu'on ne s'y attendait pas, et qu'on n'est pas préparé pour y apporter remède. L'accoucheur s'assurera donc, à chaque instant, si la femme ne perd pas trop de sang ; si elle ne ressent rien d'extraordinaire, il cherchera à éloigner cette tendance au sommeil, que la femme éprouve quelquefois, et qui pourrait laisser ignorer une perte ou une disposition à une syncope ou à tout autre accident.

Dès que l'utérus commencera à se contracter avec énergie, que le travail deviendra plus régulier, les douleurs plus fréquentes, l'accoucheur, assis

au devant de l'accouchée, saisira le cordon ombilical qu'il entortillera autour des deux premiers doigts de la main gauche ou droite, garnie d'un linge sec pour le tenir plus solidement; tandis qu'à l'aide de deux doigts de l'autre main, appliqués en travers au devant du cordon ombilical près de la vulve (1), il formera une espèce de poulie de renvoi qui, changeant la direction du cordon, le placera en même temps dans le sens des deux axes du détroit supérieur, et du détroit inférieur. L'accoucheur exercera alors des tractions modérées, graduées, et variera la direction de la poulie qu'il portera en arrière si le placenta s'insère en avant; en avant si le placenta correspond en arrière; enfin dans le sens opposé au plan d'insertion (2).

L'accoucheur suspend ses efforts pour les recommencer de temps en temps, s'assure par le toucher, en longeant le cordon ombilical, si le travail avance, si le placenta cède aux efforts de l'utérus et aux tractions destinées à seconder son action. Dès que le placenta est parvenu dans le vagin, on l'attire au dehors en élevant la main et en renversant le cordon ombilical sur le ventre de la mère, ou lui fait parcourir, en l'attirant à soi, l'axe du détroit inférieur. *Denman* veut qu'arrivé dans le vagin, on abandonne le délivre aux efforts de la nature. Cette pratique ne nous paraît justifiée par aucun motif plausible; son extraction est ici sans inconvénient et aussi facile qu'avantageuse sous tous les rapports. Au moment où le placenta se présente à la vulve, on le reçoit dans la main droite indistinctement, placée horizontalement au devant de cette ouverture; de l'autre on le saisit, on le roule en le faisant passer alternativement de l'une à l'autre main, en le maintenant toujours près des parties génitales : on détache ainsi lentement les membranes qui forment une espèce de faisceau fort, résistant, qui empêche qu'elles ne se rompent et sortent insensiblement au dehors de la vulve. L'accoucheur examine ensuite si le délivre est entier, va ressaisir, de l'ex-

---

(1) La plupart des auteurs, Beaudeloque, Gardien, conseillent, pour opérer cette poulie de renvoi, d'introduire les deux doigts dans le vagin, près de l'orifice du col de la matrice. Je pense que ce procédé, sans avoir plus d'avantage que celui que nous venons de décrire, est d'une application inutilement plus douloureuse.

(2) Nous ne reproduisons pas ici la théorie ingénieuse de Levret, sur laquelle ce mode de tractions est fondé.

trémité des doigts, les portions restées dans le vagin ou dans l'utérus ; s'assure si ce dernier organe est bien revenu sur lui-même, et donne à la femme les soins ultérieurs qu'exige son état.

De la délivrance artificielle.

La délivrance artificielle est l'extraction ou l'expulsion forcée du délivre au dehors des organes de la génération.

Lorsque la nature est insuffisante pour opérer cette fonction, que les secours de l'art ont été infructueux dans cette circonstance, lorsque des accidens viennent y mettre obstacle et menacer les jours de la mère, l'art doit venir promptement à son aide et suppléer la nature. Les causes de la délivrance artificielle, sont très-nombreuses, et offrent des degrés de gravité différens, réclament une coopération plus ou moins prompte ou des ménagemens suivant leur nature, tels sont :

Le volume du placenta ;
La contraction spasmodique du col ;
La présence de plusieurs enfans ;
L'asphyxie de l'enfant ;
La faiblesse du cordon ombilical ;
La rupture de ce cordon ;
L'implantation du placenta sur les bords de l'orifice du col ;
L'adhérence morbide ou anormale du placenta à l'utérus ;
Le chatonnement du placenta ;
L'inertie de l'utérus ;
Les hémorrhagies ;
Les syncopes ;
Les convulsions ;
La rétention du délivre après l'avortement ;
La rupture de l'utérus ;
L'opération césarienne ;
Les gestations extra-utérines.

Du volume du placenta.

Le développement du placenta peut être quelquefois un obstacle à la délivrance, surtout si son tissu est ferme, résistant, squirreux. Mais cet obstacle en général est léger, de peu de durée, quand les contractions de l'utérus sont énergiques; il ne peut retarder la délivrance que quand ses contractions sont faibles et peu soutenues.

On peut soupçonner cette cause toutes les fois que le corps de l'utérus présente à travers les parois abdominales un certain développement, lorsqu'à l'aide du toucher on sent cette masse molle occuper toute la circonférence du détroit supérieur.

Lorsqu'il n'y a pas d'autres causes, d'autres accidens, lorsque l'utérus est bien revenu sur lui-même, quelques tractions énergiques sur le cordon ombilical suffisent pour surmonter cette résistance : il est rare qu'on soit obligé d'avoir recours à l'introduction de la main ou à l'emploi du seigle ergoté, qui seuls pourraient convenir; dans le cas où il y aurait complication d'autre accident, l'injection ombilicale serait ici contre-indiquée.

Du resserrement spasmodique du col.

Le resserrement du col de l'utérus est assez rare après l'accouchement à terme. Cet obstacle n'est souvent que momentané, et souvent l'on voit ce spasme se dissiper de lui-même. S'il persiste, si le col conserve toujours de la roideur et de la sensibilité, il faut les combattre à l'aide de vapeurs émollientes ou narcotiques, ou d'injections de même nature dirigées dans le vagin. On conseille encore la saignée si la femme est forte, pléthorique, et des potions calmantes si la femme est irritable et nerveuse. On enduit aussi les bords de l'orifice utérin de pommade belladonée. L'accoucheur doit tranquilliser le moral, si cet état paraît dépendre d'une affection de ce genre : il faut surtout bien se garder de tentatives susceptibles d'irriter le col de la matrice, de l'usage de préparations excitantes; ces moyens augmenteraient le mal plutôt que de le diminuer. Dès qu'il commence à

céder à l'emploi des moyens que nous avons indiqués, lorsqu'en touchant avec précaution, l'accoucheur reconnaît que le col recommence à devenir plus souple, par de légères tractions, conduites avec beaucoup de ménagemens, il opère la délivrance.

De la délivrance dans le cas de jumeaux.

Si pendant la grossesse on a soupçonné l'existence de plusieurs enfans, si après l'accouchement du premier enfant on a vérifié ce soupçon, il faut, après avoir fait la section du cordon ombilical, observer avec beaucoup de soin la partie qui tient à la mère, dans la crainte qu'il ne survienne, par les vaisseaux de ce cordon, une hémorrhagie qui pourrait compromettre l'existence des autres enfans renfermés dans l'utérus, par suite des communications des placentas entre eux. Cependant, d'après l'opinion de la plupart des anatomistes qui se sont occupés de ce sujet, il n'y a point de communication vasculaire entre les placentas, bien que ceux-ci paraissent confondus en une masse unique. Ils ont tous une circulation isolée; chaque enfant a ses membranes, ses eaux et son cordon ombilical, telle est l'opinion bien arrêtée de MM. Brechet, Frédéric Meckel et de beaucoup d'autres anatomistes. A l'appui de cette opinion, nous pouvons citer un accouchement de trois enfans; nous avons remarqué avec soin les cordons après les avoir divisés, et nous n'avons observé aucune apparence d'hémorrhagie par les cordons qui tenaient au délivre, et les enfans sont venus vivans et bien portans. Cependant on cite des observations qui constatent que, dans de semblables circonstances, on a été obligé d'appliquer une ligature pour arrêter l'hémorrhagie du cordon ombilical. Telles sont les observations de M. Brachet de Lyon, de M. Lesaube et de plusieurs autres, rapportées par M. Murat dans le Dictionnaire des sciences médicales. Dans tous les cas de grossesse double il n'y a point d'inconvénient, après avoir laissé couler un peu de sang après la section du cordon ombilical, d'appliquer une ligature sur la partie qui correspond au placenta, et on se gardera bien d'exercer aucune traction sur ce cordon avant que l'autre enfant soit expulsé au dehors de la matrice.

Quelquefois le premier enfant entraîne avec lui son placenta et ses membranes. Cependant, dans le plus grand nombre de cas, les délivres adhérens ne sont expulsés qu'après les enfans. S'il faut seconder la délivrance, on exercera alors des tractions d'abord sur le cordon du premier enfant, puis sur celui du second; et lorsque les placentas paraissent détachés, agir sur ces cordons en même temps, et suivre le même procédé que dans le cas de délivrance simple, lorsque le placenta est un peu volumineux.

Asphyxie de l'enfant.

Ne vous pressez pas de couper le cordon ombilical, dit Hippocrate, et souvent vous avez la douce satisfaction de sauver un enfant que trop de précipitation aurait fait périr. C'est sans doute d'après cette opinion du père de la médecine, que M. Chaussier avait conseillé, dans le cas de syncope, de faiblesse de l'enfant, de ne pas couper le cordon ombilical, afin que le fœtus pût encore, par cette voie, recevoir de la mère les matériaux propres à le ranimer. Il voulait même, lorsque le placenta était expulsé, qu'on respectât le cordon, qu'on tînt le placenta chaudement pour conserver ainsi ces sources où l'enfant pouvait encore, suivant lui, puiser quelques principes de vie.

Mais l'expérience n'a point justifié ce moyen; et quelques auteurs très-recommandables, M. Gardien entre autres, pensent que ces communications peuvent être plus pernicieuses à l'enfant qu'utiles. Que si, dans ces circonstances, la circulation subsiste dans le cordon ombilical, ce sont les artères qui transmettent au placenta le peu de sang nécessaire à la vie du fœtus; et que ces communications, qu'on ne saurait trop tôt faire cesser, gênent, en outre, pour donner à l'enfant les soins qu'il exige dans cet état. Après plusieurs tentatives infructueuses de ce genre, nous sommes conduit à partager l'opinion de M. Gardien, et nous pensons qu'il est inutile de retarder la délivrance; qu'il est préférable de couper le cordon ombilical et d'en faire la ligature, tant pour conserver à l'enfant le peu de sang qu lui reste, que pour lui donner les secours qu'il réclame.

Faiblesse du cordon ombilical.

Il faut différer la délivrance toutes les fois que le cordon ombilical est mince, fragile, que ses vaisseaux séparés, divisés à leur implantation, à la face fœtale du placenta, cèdent aux tractions exercées sur le cordon. Il arrive souvent encore que dans ces circonstances, en opérant sur le cordon ombilical, on sent que les membranes de la base de cette tige vasculaire se déchirent; dans ce cas, il faut cesser tout effort, abandonner la délivrance à la nature, opérer quelques frictions sur les parois abdominales, pour hâter les contractions utérines; ménager par-là le cordon ombilical, afin de ne pas se priver d'un guide utile, dans le cas où il surviendrait des accidens qui nécessiteraient la délivrance artificielle.

Rupture du cordon ombilical.

Cet accident peut être le résultat d'efforts violens, inconsidérés, exercés sur le cordon ombilical dans l'intention d'opérer la délivrance, et qui peuvent entraîner, en même temps, l'inversion de l'utérus. Quelquefois cependant, lorsque le cordon est faible, il peut céder à des tractions légères. Dans tous les cas, la rupture du cordon ombilical est regardée comme une circonstance grave dans la pratique. Il est encore des femmes qui pensent que si le délivre n'est pas promptement extrait, il peut remonter dans la poitrine et occasioner la mort; attribuant ainsi faussement à la rupture du cordon ombilical, un accident occasioné par le renversement de la matrice, suite des tractions exercées sur le cordon ombilical.

Cette rupture est peu dangereuse en elle-même et sans inconvénient, quand elle a lieu vers le milieu de la longueur du cordon. Mais il n'en est pas de même lorsqu'il survient des accidens qui nécessitent une prompte délivrance, et que le cordon est rompu à son origine, près du placenta, comme il arrive le plus ordinairement. On est alors privé de ce guide si précieux pour conduire la main sur le placenta lorsqu'il s'agit dans ces

circonstances d'opérer la délivrance artificielle. Lors même qu'on s'est décidé à attendre et qu'aucun accident ne force d'avoir recours à ce dernier moyen, on ne peut plus, par des tractions légères, seconder les efforts de la nature. Il faut donc temporiser, chercher de temps en temps à saisir avec les doigts le placenta s'il commence à s'engager à travers l'orifice du col utérin. Cette circonstance par elle-même n'est donc pas un cas de délivrance artificielle.

Cette rupture peut encore être occasionée accidentellement par l'enfant, entraînée par son poids ou chassée au dehors des parties de la génération. Cet accident n'est pas plus grave pour la mère que dans la circonstance précédente; il faut cependant examiner si le corps de la matrice n'est pas renversé, s'il n'a pas changé de forme, si le placenta décollé ne donne pas lieu à une hémorrhagie. Quant à l'enfant, cette secousse peut occasioner une rupture du foie. Nous avons eu occasion d'observer un cas semblable qui ne fut suivi d'aucun accident ni chez la mère ni chez l'enfant, pas même d'hémorrhagie de la portion fœtale du cordon ombilical.

Implantation du placenta sur les bords ou sur l'orifice du col.

Bien que Deventer et plusieurs autres accoucheurs aient nié l'implantation du placenta sur le centre de l'orifice de l'utérus, il existe maintenant un trop grand nombre d'observations pour qu'il y ait des doutes sur cette disposition vicieuse. Rarement on soupçonne cette source d'accidens pour la mère et pour l'enfant avant le sixième mois de la gestation.

Alors le col de la matrice, qui ne s'était point encore dilaté, commence à éprouver des changemens anatomiques qui, plus tard, font cesser les rapports qui existent entre le tissu de cet organe et le placenta qui y est implanté. Vers le septième mois cette dilatation s'accroît, le placenta se détache, et déjà il commence à s'opérer, par l'orifice du col entr'ouvert, une hémorrhagie plus ou moins abondante, à mesure que l'orifice s'agrandit. Quelquefois même elle apparaît vers le sixième mois, et continue ainsi en croissant jusqu'à la fin de la grossesse; pour s'assurer de la cause de cette perte, si on pratique le toucher, ce que l'on doit faire avec beaucoup de ménagemens, dans la crainte de détruire les caillots qui modèrent l'hé-

morrhagie ou de déchirer la substance du placenta, on trouve à l'orifice du col la surface rugueuse de ce corps qui en bouche l'ouverture.

Lorsqu'on a acquis la certitude de l'implantation du placenta sur le col, on doit employer tous les moyens propres à modérer l'hémorrhagie, la position horizontale, le régime, les boissons froides, le tamponnement, etc. A l'époque de l'accouchement, si le placenta s'engage le premier, il faut bien se donner de garde de l'extraire comme fit une sage-femme dont parle Baudelocque. On décollerait un des points de sa circonférence, on romprait les membranes pour aller chercher les pieds et terminer l'accouchement par la version. Quelques auteurs, dans cette circonstance, conseillent de traverser le placenta pour pénétrer dans la cavité des membranes; mais ce procédé me paraît plus dangereux que le précédent; il expose à la rupture des vaisseaux du cordon ombilical à leur implantation au placenta, et à une hémorrhagie qui, jointe à celle qui existe déjà, doit être funeste à la mère et à l'enfant. Après l'extraction de l'enfant, la délivrance est ensuite facile; si l'utérus revient sur lui-même et qu'il n'y ait plus d'hémorrhagie, on abandonne cette fonction à la nature, autrement si l'hémorrhagie persiste, on opère la délivrance artificiellement avec la main. Dans deux cas semblables la délivrance ne nous a présenté aucune difficulté et n'a été suivie d'aucun accident.

Si une portion de la circonférence du placenta seulement correspond à l'orifice du col, on agit comme dans le cas précédent; si le placenta détaché se présentait à l'entrée de la vulve, il faudrait l'extraire, pratiquer de suite la section et la ligature du cordon, pour pouvoir terminer plus promptement l'accouchement avec la main ou avec le forceps, suivant l'indication.

Délivrance dans le cas d'adhérence anormale du placenta.

Les causes de ces adhérences ne sont pas bien connues. Les unes, avec Smellie, les ont attribuées à la dégénérescence squirreuse du placenta; mais on n'a pas assez exactement décrit cette altération pour avoir sur sa nature des idées bien précises. Souvent on trouve entre les surfaces adhérentes le tissu de l'utérus et du placenta très-sains. D'autres les ont considérées comme produites par l'implantation des crêtes du placenta dans les

cavités correspondantes de l'utérus; mais cette disposition anatomique, qu'on observe dans les ruminans et plusieurs autres espèces d'animaux, est étrangère à la femme ; cette assertion n'est appuyée sur aucune observation bien authentique. Enfin, on a pensé que cette adhérence était le résultat de l'inflammation de ces organes ; on en cite des exemples survenus à la suite de contusions sur l'utérus pendant la gestation ; mais on n'a encore rien de positif à cet égard. Le plus souvent cette adhérence a lieu au centre du placenta, quelquefois elle s'observe dans quelques cotylédons seulement : on a vu dans d'autres circonstances toute la surface du placenta unie à l'utérus. Désormeaux cite un cas semblable. M. Capuron en rapporte un cas bien remarquable chez une femme morte à la suite de couches : à l'ouverture de la matrice, il fut impossible de décoller une seule partie du placenta sans déchirer le tissu de l'organe avec lequel il semblait ne faire qu'un même corps.

Cette importante question, cette disposition anatomique, ses conséquences, sont depuis long-temps le sujet d'opinions opposées qui divisent les praticiens relativement aux indications qu'elles présentent et au parti qu'il faut prendre dans cette circonstance.

Les uns, partisans de la doctrine des anciens, craignent que le col de l'utérus ne se resserre, que le placenta, en se putréfiant, ne devienne la source d'accidens graves, et pour les éviter veulent, lors même qu'il n'y a pas d'accidens, qu'on délivre promptement et qu'on enlève le placenta en masse ou par morceaux, ne laissant que ce qu'il est rigoureusement impossible d'extraire; ils s'appuient d'observations qui prouvent que la délivrance pratiquée ainsi est assez facile, sans danger, que la décortication elle-même n'a souvent été suivie d'aucun accident. Les autres, avec Ruisch, conseillent, dans les mêmes circonstances, d'abandonner la délivrance à la nature. Ruisch, qui a pratiqué et professé les accouchemens pendant cinquante ans, assure n'avoir jamais vu mourir de femmes par suite du séjour du délivre dans l'utérus, quelque temps qu'il y fût resté avant son expulsion. Ils attribuent les accidens terribles survenus dans les cas d'adhérence aux efforts violens faits pour opérer la délivrance. Rœderer, *Obs. med. de Partu lab..*, dit avoir vu, sur le cadavre d'une femme morte d'hémorrhagie utérine après avoir été délivrée avec violence, la surface interne de l'utérus déchirée de

manière à laisser voir à nu les fibres charnues dans une grande étendue. M. de Saint-Amand, *Dissertation sur les pertes de sang*, cite, d'après la pratique de Lanverjeat, l'observation d'une femme morte d'une inflammation gangreneuse de l'utérus, survenue par suite de manœuvres employées pour la délivrance. M. le docteur Tascheron nous a communiqué deux observations de renversemens complets de la matrice mortels, occasionés par suite de tractions violentes exercées sur le cordon ombilical pour extraire le placenta. Nous avons, dans la pratique, rencontré plusieurs circonstances semblables, et les délivrances que nous avons opérées artificiellement (avec la main) avec tous les ménagemens possibles, ont été moins heureuses que celles que nous avons abandonnées à la nature. En effet, si on réfléchit à la sensibilité des organes génitaux après l'accouchement, aux difficultés qu'on éprouve, dans les cas d'adhérence dont les limites sont inconnues, à distinguer le placenta de l'utérus lui-même, à glisser les doigts entre ces surfaces pour les séparer, à la facilité avec laquelle la substance du placenta se laisse déchirer, enfin à la conséquence de la douleur qu'on occasionne, et des manœuvres exécutées dans des organes aussi disposés à l'inflammation, aux déplacemens qui peuvent s'en suivre, on est tenté d'adopter la méthode d'expectation, et de laisser, dans ces cas, le soin de la délivrance à la nature. Mais, d'un autre côté, cette expectation si commode, si peu douloureuse pour la femme, qui ne demande que des soins faciles, présente aussi ses dangers. Des observations exactes démontrent l'influence fâcheuse de la décomposition du placenta dans la matrice, bien qu'on n'ait fait aucune tentative violente pour opérer la délivrance. Pour sortir de cette incertitude, il faudrait réunir un grand nombre d'observations authentiques pour servir de base à une détermination sage, appuyée sur de grands résultats cliniques.

Entre ces deux opinions extrêmes, nous prendrons le parti que dicte la prudence, et nous suivrons sur ce point Smelie, Baudelocque, Désormeaux, etc. Ainsi, lorsqu'on s'est assuré que le placenta est adhérent, que la nature est impuissante pour l'expulser, que la délivrance ne s'accompagne pas d'accidens, il faut d'abord tenter les moyens qui offrent le moins d'inconvéniens : après des tractions un peu énergiques soutenues, exercées avec

précaution sur le cordon ombilical; lorsque l'utérus est dur et contracté (1), on pourra avoir recours au décollement par injection du cordon ombilical, au seigle ergoté sagement administré; enfin, si ces moyens échouent, il faut décoller le placenta avec la main en y procédant avec beaucoup de ménagemens; on ne décollera que les parties qui céderont le plus aisément, abandonnant ce qui offrirait trop de résistance dans l'utérus. Pour obvier ensuite aux accidens inflammatoires, il faut faire fréquemment, dans la matrice, des injections émollientes pour prévenir ou calmer son inflammation, pour décoller et entraîner les portions de délivre qui sont encore retenues dans sa cavité. Lorsque ces parties se décomposent et commencent à exhaler une odeur fétide, il convient de pratiquer des injections détersives avec une légère décoction de quinquina; faire de temps en temps, si le cordon existe, des tractions modérées pour entraîner la portion de placenta à laquelle il est uni; si au contraire il est détruit, saisir les parties qui se présentent au col utérin avec les doigts ou des pinces. La femme sera soumise, pendant ce temps, à la diète et à un traitement antiphlogistique plus ou moins sévère, suivant la nature des symptômes inflammatoires. La matrice se débarrasse insensiblement des portions de placenta qu'elle renferme; quelquefois ce n'est qu'après quinze jours, plusieurs semaines ou même plusieurs mois, qu'on voit sortir ces débris putréfiés ou desséchés de la délivrance, comme Smelie, Baudelocque en citent des observations.

Du chatonnement du placenta.

Dans quelques cas rares la matrice, après l'accouchement, paraît divisée en deux cavités distinctes séparées par un rétrécissement sensible; disposi-

---

(1) Nous avons, dans des circonstances semblables, exercé une traction modérée, mais soutenue sur le cordon, en nous assurant de temps en temps de la dureté et de la forme de l'utérus, et nous avons vu ces efforts opérer, sans douleur, une heureuse délivrance après un certain laps de temps. Mais si pendant ces tractions on occasionne des douleurs dans les reins, dans le bas-ventre, si, lorsque vous les cessez, le cordon remonte et reprend la position qu'il occupait auparavant, si ces douleurs cessent et se renouvellent par les mêmes tentatives, ce signe est pour nous une preuve des adhérences intimes du placenta avec l'utérus, et pour les détruire d'autres moyens deviennent nécessaires.

tion que quelques auteurs ont comparée à une callebasse. L'une de ces cavités la plus élevée est occupée par le délivre; l'autre, restée libre, donne passage au cordon ombilical. Peu est le premier qui ait relaté cette particularité, cette complication qui rend la délivrance plus difficile. Non-seulement, comme il le dit, quand le délivre est libre dans cette cavité, mais à plus forte raison quand, adhérent à la surface de cette seconde matrice, il survient une hémorrhagie ou d'autres accidens.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la cause de cette disposition particulière. Peu la considère comme une poche, une espèce de matrice accidentelle. Levret la regarde comme la suite de la contraction inégale ou du relâchement de la portion de l'utérus, à laquelle s'implante le délivre, tandis que l'autre partie se resserre, se contracte. C'est l'opinion de Plesmann, Désormeaux, et de plusieurs autres accoucheurs, qui rapportent des observations dans lesquelles ces cavités ont été observées dans les parois latérales et antérieures de la matrice. Simson, Gardien, et des accoucheurs modernes non moins distingués, pensent que cette disposition est due à l'orifice interne du col qui, après l'expulsion de l'enfant, moins souple, moins mol, et plus contractile que l'externe, revient sur lui-même, tandis que les autres parties de cet organe sont encore dans le relâchement, et en divise la cavité en deux parties, dont la plus spacieuse est occupée par le délivre, qui y est retenu par le resserrement de cette ouverture. Leroux de Dijon admet un chatonnement dans lequel le placenta serait enchâssé dans l'utérus comme un verre dans sa châsse. Mais, en lisant l'observation qui a donné lieu à cette opinion, on voit que cet auteur a été induit en erreur par la disposition du placenta, dont le milieu était saillant, et les bords relevés, décollés.

Pour avoir, sur la nature de cet accident, des idées bien précises, il faudrait, comme le dit Gardien, pouvoir examiner cette conformation accidentelle. Le toucher si fidèle ici, dans certains cas, nous induit en erreur.

Cette disposition ne se rencontre pas seulement dans la délivrance; nous avons souvent, en opérant la version, trouvé, après avoir facilement introduit la main à l'entrée de l'utérus, une très-grande difficulté pour franchir une espèce de rétrécissement, de l'utérus, au-delà duquel la cavité nous paraissait beaucoup plus large, où la main pouvait plus facilement ma-

nœuvrer. Dans la plupart des cas, cette cavité première a paru trop vaste pour ne pas dépasser les limites de l'orifice interne.

Levret en rapporte une observation. La sage-femme qui le fit appeler crut que cette ouverture de communication, où se trouvait le cordon, était une rupture à travers laquelle le placenta avait passé dans l'abdomen, que la cavité dans laquelle elle avait introduit sa main était celle de l'utérus. La disposition circulaire, l'absence des symptômes qui accompagnent la rupture de l'utérus, fait toujours distinguer ces deux cas. Quelle que soit la cause de ce phénomène, on voit souvent la délivrance s'opérer d'elle-même : l'utérus se contracte, ces deux cavités ne tardent pas à se réunir, à communiquer ensemble, se confondre et le placenta est expulsé comme dans les circonstances ordinaires.

Cependant, d'après l'observation de Peu et de la plupart des accoucheurs qui ont eu occasion d'observer le chatonnement, cette ouverture a une très-grande tendance à se resserrer, et par-là à rendre la délivrance plus difficile et plus longue. Dans le premier cas on aide la nature comme dans la délivrance naturelle Si ces moyens ne suffisent pas pour délivrer après avoir en vain attendu les efforts de l'utérus, il faut se décider, surtout s'il survient des accidens, à opérer la délivrance artificielle comme dans le cas d'adhérence. Les praticiens conseillent d'introduire les doigts en forme de cône dans l'ouverture du chaton, pour la maintenir dilatée et favoriser l'issue du placenta ; mais si le placenta est adhérent, il faut avec beaucoup de précaution franchir lentement ce rétrécissement, saisir le délivre, l'entraîner, autant que possible, en totalité, en secondant cette opération par des tractions convenables opérées sur le cordon ombilical.

De la délivrance artificielle par suite d'hémorrhagie.

Si l'hémorhagie est un accident redoutable pendant l'accouchement, il ne l'est pas moins pendant la délivrance; souvent alors il se déclare avec tant de rapidité, qu'il faut toute la sagacité de l'accoucheur pour prévenir une issue fâcheuse.

Causes prédisposantes. Les saisons influent d'une manière différente sur les femmes en couches; l'hiver, ses variétés, les expose aux maladies

inflammatoires; l'été les dispose aux hémorrhagies, aux pertes. Parmi les causes, on doit ranger le tempérament sanguin, l'usage des boissons irritantes, surtout pendant l'accouchement, la délivrance; souvent l'hémorrhagie est occasionée par une affection morale, la colère, une impression vive, surtout chez les femmes irritables.

Un accouchement prompt, un coup sur l'utérus, une piqûre, une déchirure, une disposition particulière de l'utérus, son inertie, des manœuvres vicieuses, en sont les principales causes. Haller rapporte avoir vu périr deux femmes par suite d'hémorrhagie occasionée par la déchirure des vaisseaux de l'utérus.

L'hémorrhagie affecte deux caractères distincts quelle qu'en soit la cause; tantôt elle est interne, et d'autant plus terrible qu'elle est cachée, tantôt elle est externe, le sang s'écoule abondamment au dehors des parties génitales.

Hémorrhagie externe. Elle est facile à reconnaître par le sang qui s'écoule au dehors des organes génitaux et par la coïncidence de ce phénomène avec les symptômes propres à l'hémorrhagie. Elle peut survenir tout à coup au moment où on s'y attend le moins, ou bien au contraire elle est précédée de faiblesses générales, de malaises, d'éblouissemens qui peuvent donner l'éveil à l'accoucheur, qui ne saurait être trop attentif pour prévenir le danger dont l'accouchée est menacée. Dans cette dernière circonstance, on pourra donc prévoir cet accident en ayant égard aux causes qui peuvent le faire naître.

Si la femme, pendant l'été, est trop exposée à la chaleur, si, pendant l'hiver, l'appartement est trop échauffé, le médecin emploiera les moyens pour rafraîchir l'air, surtout si la femme est sanguine, si le visage est coloré, si le travail a été long et difficile. Si cependant l'hémorrhagie se déclare, il faut de suite se mettre en mesure de remédier à ce grave accident. Pourtant il ne faut pas le confondre avec cet écoulement de sang assez abondant qui quelquefois a lieu chez les femmes fortes, pléthoriques, après l'accouchement. Mais, dans ces circonstances, on n'observe pas chez celles-ci la faiblesse les symptômes de l'hémorrhagie, les femmes au contraire semblent soulagées par cette évacuation. Mais lorsque la femme pâlit, qu'elle éprouve des tintemens d'oreille, des éblouissemens, etc., et surtout si le

sang ruisselle au dehors des parties génitales, il n'y a plus de doute sur l'existence de cet accident. Il faut de suite s'assurer de l'état de l'utérus; s'il est dur, peu développé, l'hémorrhagie n'aura pas de suite fâcheuse. En attendant, il faut placer la femme dans une position horizontale, exposer à l'air les parties génitales, de manière à pouvoir observer l'hémorrhagie. On jettera sur la figure, ou toute autre partie du corps, quelques gouttes d'eau froide, on donnera à l'accouchée des boissons acides et froides. En même temps on appliquera sur le ventre des linges trempés dans l'eau froide. Ensuite on s'assurera si les accidens s'apaisent en touchant avec beaucoup de ménagement. Si on rencontre le délivre au col de la matrice, si déjà cet organe commence à se contracter, on pourra, par des tractions convenables exercées sur le cordon ombilical, tenter la délivrance, employer le seigle ergoté, ou les injections ombilicales, ou même l'opérer avec la main si la femme n'est pas trop affaiblie.

Mais si l'utérus est mol, volumineux, si l'hémorrhagie devient plus abondante, et la femme de plus en plus faible, il faut avoir recours aux moyens les plus énergiques pour arrêter l'hémorrhagie, en attendant les salutaires contractions de l'utérus. Alors on appliquera sur le ventre de la glace pilée, on pratiquera dans le vagin et dans l'utérus des injections d'oxicrat; on arrosera les membres thoraciques avec de l'eau froide; on en fera prendre à l'intérieur à l'accouchée; on aura recours au procédé de M. Moyon, et au seigle ergoté (1); mais nous ne comprenons pas dans ces moyens les injections d'alcool ou d'acides affaiblis proposées par Pasta. Si ces moyens, sans opérer la délivrance, arrêtent cependant l'hémorrhagie, si les forces de la femme ne sont pas épuisées, on pourra tenter encore la délivrance avec la main froide introduite dans l'utérus. Dans le cas, au contraire, où la femme aurait perdu toutes ses forces, où la plus petite hémorrhagie pourrait la faire succomber, où les tractions mêmes exercées sur le cordon ombilical pourraient opérer le renversement d'un organe dont les parois n'offrent pas assez de résistance,

---

(1) On pourra tenter, avec précaution, la compression de l'aorte à travers les parois abdominales, suivant le procédé mis en usage par Ulsamer en 1825, et reproduit avec succès par MM. Baudeloque, Neveu et Tréhan.

il vaut mieux se borner à tempérer la perte : les relations du placenta et de l'utérus s'affaiblissent insensiblement : ce dernier se contracte lentement ; et comme l'avait dit le père de la médecine, du six au septième jour le délivre plus ou moins décomposé est rejeté au dehors. Il n'en est pas ici comme dans les cas d'adhérence : la femme, dans cette dernière circonstance, conserve toutes ses forces, et on peut tenter chez elle ce qui nous paraît, dans ce dernier cas, impraticable. Remarquons bien en outre que ce n'est pas ici la présence du placenta qui est la source des accidens, c'est l'inertie de l'utérus qu'il est important avant tout de faire cesser. Nous n'avons point parlé de l'usage du tampon ni de la vessie, proposé par M. Vernet, pour arrêter l'hémorrhagie; leur application tendrait évidemment à obtenir un effet entièrement opposé à celui qu'on veut produire; car il produirait plutôt la dilatation de l'utérus que son resserrement.

Hémorrhagie interne. L'hémorrhagie interne survient après les accouchemens prompts : l'utérus débarrasse tout à coup des eaux de l'amios et du fœtus reste vide; ses parois ne sont pas encore revenus sur elles-mêmes, ses vaisseaux béans remplissent de sang la cavité de cet organe. Si l'ouverture du col est bouchée par le placenta ou par des caillots, ou resserrée spasmodiquement; alors le sang s'y accumule en assez grande quantité pour mettre les jours de la femme en danger si l'accoucheur n'y apporte par la plus grande attention.

Signes. La région hypogastrique est plus développée qu'après l'expulsion de l'enfant ; an lieu d'un corps dur, résistant, on n'y trouve plus qu'une tumeur molle, dont le volume s'accroit sensiblement. La face est pâle, le pouls est petit, la vue s'affaiblit ; la femme éprouve des éblouissemens, des tintemens d'oreille, une faiblesse, une pâleur, un malaise générales, de la difficulté à se mouvoir, à parler, la voix même est éteinte, des syncopes surviennent, signe presque toujours caractéristique d'une hémorrhagie après l'accouchement.

Il faut craindre cette hémorrhagie si après l'accouchement la matrice reste molle.

Si au milieu de tous les symptômes que nous avons décrit on ne voit pas le sang s'écouler au dehors des parties génitales, ce liquide s'amasse évidemment dans l'utérus, et l'hémorrhagie devient interne. Il faut,

se hâter de la faire cesser, car la femme court d'autant plus de dangers, que rien n'annonçait cet accident. Si l'utérus est développé, si le col est bouché par un corps souple, il faut pour faire cesser cette dis tension et l'hémorrhagie qui en est la suite, donner issue au sang renfermé dans sa cavité. Il faut alors avec le doigt frayer un passage à ce liquide, lui donner un petit écoulement en détruisant ou en détournant les corps appliqués sur le col et qui en bouchent l'ouverture, frictionner en même temps le corps de l'utérus à travers les parois abdominales, exposer ces organes à l'impression du froid appliqué immédiatement sur elles, agir ensuite comme dans l'hémorrhagie externe avec inertie, que nous venons de décrire.

Des syncopes. Si cet accident, si cette complication pendant l'accouchement et la délivrance sont plus ordianirement le résultat de l'hémorrhagie, où elle n'exige alors aucun soin particulier, on la voit souvent seule comme *de Lamotte* et *Smellie* en citent des observations. Les uns les attribuent à l'effet symphatique de l'action de l'utérus sur le cœur pendant le travail de l'accouchement ou de la délivrance; d'autres à l'effet ou au changement qui s'opère dans la circulation après l'accouchement. Elles peuvent encore dépendre d'une disposition particulière; ainsi il est des femmes qui sont sujettes aux syncopes sur l'influence de la plus légère impression.

Cet accident offre ici tous les caractères qui lui sont propres dans les autres circonstances de la vie, pâleur, faiblesse extrême du pouls, perte des sens, suspension des fonctions de la vie animale. Les spiritueux, les substances volatiles irritantes, dirigées vers les narines, l'eau froide projetée vivement à la figure, l'exposition à un air vif, etc., tels sont les moyens généraux qu'on emploie ordinairement pour faire cesser la syncope et les accidens qui l'accompagnent pendant la délivrance. Mais si cet état pénible se renouvelle, il faut tâcher d'en connaître la cause, surtout si elle paraît provenir d'une affection morale, afin d'employer dans cette circonstance les moyens convenables pour les dissiper. S'il n'y a pas de cause morale, si cet accident paraît être la suite des douleurs de l'accouchement et de la délivrance, il faut se hâter, dès que le corps de l'utérus sera bien revenu sur lui-même, ou se contractera avec énergie, de terminer la délivrance par les tractions exercées sur le cordon ombilical, soit avec les autres moyens avec

lesquels on opère artificiellement, en apportant beaucoup de ménagement dans l'emploi des substances irritantes ou de la main.

Inertie de l'utérus. On désigne ainsi l'état de mollesse, de relâchement des parois de l'utérus; après l'accouchement (1), cet état peut dépendre de la constitution. Les femmes lympathiques, maladives ou convalescentes, d'une faible organisation, peu actives, y sont plus disposées. Elle peut encore être le résultat de la longueur du travail, de l'extrême détention de l'utérus pendant la grossesse, l'écoulement brusque des eaux, la plénitude de la vessie (Mme. Lachapelle), la situation vicieuse de l'enfant, des affections qui ont compliqué, entravé le cours de celle-ci. Cet état de faiblesse de l'utérus est très-défavorable à la délivrance; elle est la cause principale de sa lenteur, et souvent des accidens dont elle s'accompagne, souvent de l'hémorrhagie. Et si on veut dans cette circonstance, sans avoir égard à la mollesse des parois de cette cavité, lorsqu'elle ne se complique pas d'accidens, hâter la délivrance, on s'exposerait à produire un renversement de l'utérus, comme il n'en existe que trop d'exemples, ou bien à donner lieu à des hémorrhagies très-abondantes, les vaisseaux de l'utérus n'étant pas assez revenus sur eux-mêmes, et séant à la surface de cette cavité. Aussi quelques auteurs ont considéré l'inertie comme la cause la plus fréquente des hémorrhagies (Dugès). Peut-elle exister seule? D'après cette opinion, fondée sur un grand nombre de faits, on pourrait en douter. Cependant, des auteurs du plus grand mérite affirment n'avoir jamais vu l'inertie utérine accompagnée d'hémorrhagie. Nous avons plusieurs fois rencontré, après l'accouchement, l'utérus souple, mol, développé, nous

---

(1) M. Leroux distingue deux espèces d'inertie, l'une par défaut d'élasticité, l'autre par défaut de contractilité. Mme. Lachapelle admet quatre espèces avec inertie et rigidité, par torpeur et par épuisement. Ces divisions scolastiques ne sont pas aussi avantageuses pour la pratique, et ont souvent besoin de commentaire, telles sont celles de Leroux; celles de Mme. Lachapelle ne sont pas beaucoup plus heureuses, ainsi inertie par inertie et par régidité J'aimerais mieux celle par torpeur et par épuisement. Mme. Lachapelle les indique sans en faire la base de son travail; j'ignore en outre jusqu'à quel point elle est fondée, elle ne cite pas d'observations. Ce n'est dès lors qu'une théorie ingénieuse sans application. C'est à la torpeur quelle attribue les erreurs dont nous viennent l'enclavement. Les têtes trop grosses pour un bassin bien fait, etc.

inspirer, par cet état, les craintes les plus vives d'hémorrhagie, et revenir après un certain temps, par un travail extrêmement lent, à son état normal et sans accident.

Traitement. D'après les causes qui, pendant la grossesse, peuvent donner lieu à cet état, Levret, Gardien, Mme. Lachapelle, conseillent, pour prévenir cet état lorsqu'il y a beaucoup d'eau dans l'utérus, de donner issue à ce liquide dès le début du travail, de hâter celui-ci lorsqu'il paraît traîner en longueur Pour y remédier quand il existe, on emploie les fictions pratiquées avec énergie sur l'utérus, à travers les parois abdominales. Les uns conseillent d'agir de l'extrémité des doigts; d'autres veulent qu'on exerce cette compression avec force, de manière à masser, à embrasser cet organe. Nous avons vu, dans quelques circonstances, des douleurs très-vives être le résultat de l'application de ces principes, et les femmes se plaindre de la douleur qu'elles en ressentaient. J'ai, dans ces circonstances, cherché à m'assurer des résultats positifs obtenus par les manœuvres; et ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, les résultats ou les effets de l'art m'ont paru tellement difficiles à distinguer de ceux de la nature, que j'ai été incertain de la cause des avantages observés. J'ai cru même remarquer, dans certains cas, que ces frictions violentes avaient pu donner lieu à des accidens inflammatoires.

Lorsque l'inertie tient à la faiblesse générale, il faut ranimer les forces de la femme, lui donner une alimentation substantielle, et lorsqu'il n'y a point d'accident, attendre, pour opérer la délivrance, que l'utérus revienne sur lui-même. Il faut être très-réservé dans l'emploi des médicamens irritans, conseillés par quelques auteurs; le seigle ergoté nous paraît préférable aux injections ombilicales, moins propres à solliciter les contractions de l'utérus.

Convulsions. Les convulsions pendant le travail, comme pendant la délivrance, sont un des graves accidents qui menacent l'accouchée. Elles empruntent à ces circonstances un caractère particulier qu'il est essentiel de bien connaître.

Les causes qui y prédisposent sont les affections morales, nerveuses, les douleurs de l'enfantement, une première grossesse, l'extrême détention de l'utérus occasionée par une grossesse multiple.

Symptômes. Elles sont précédées de signes plus ou moins sensibles. Ce

sont ordinairement une congestion sanguine vers la tête, de la céphalalgie, des éblouissemens, des vertiges, des vomissemens, des mouvemens spasmodiques, une douleur à l'épigastre, phénomènes qu'on remarque plus ou moins long-temps avant l'accès. Quelquefois celui-ci survient tout à coup au milieu d'une violente agitation, alors les mouvemens les plus désordonnés se succèdent. Tantôt les membres se raidissent, se fléchissent, s'étendent; les yeux roulent dans leurs orbites, la bouche grimace, les mâchoires se rapprochent avec violence, la langue sort de la bouche avec une salive épaisse et écumeuse, quelquefois avec une espèce de sifflement, enfin la face devient bizarre, hideuse et le siége d'expressions variées. Les muscles abdominaux se contractent avec force, le tronc se courbe en arrière, les fonctions des sens sont anéanties, les pupilles sont fixes; les fonctions des organes involontaires offrent le même désordre; le pouls est fort, il y a une espèce de secousse dans tout le système musculaire; insensiblement l'agitation se calme, et ses accès se trouvent séparés par des intervalles variables comme eux. Tantôt la raison revient contraster avec cette scène étrange de désordre auquel succède quelquefois un coma qui se prolonge à mesure que les accès de cette affection se répètent.

Bien que le diagnostic, d'après le tableau de ces symptômes, soit facile, cependant elle offre quelque analogie avec l'épylepsie, dans laquelle les accidens saporeux sont moins fréquens et moins longs.

Le prognostic est fâcheux moins après qu'avant l'accouchement, la distension de l'utérus en étant la cause. Les convulsions continuent souvent long-temps après la délivrance, elles se terminent souvent par l'apoplexie séreuse, rarement par la paralysie. Lorsque la santé se rétablit, les malades sont encore long-temps en proie à des vertiges, à des dérangemens bizarres dans les fonctions des sens, de la vue surtout.

Pour faire cesser cet état, il faut terminer l'accouchement le plus promptement possible ; il en est de même de la délivrance, qui rarement, dans ces circonstances, présente beaucoup de difficultés pour l'opérer ; on pourra employer les injections ombilicales, le décollement avec la main; le seigle pourrait peut-être avoir des inconvéniens.

Il y a quelques mois nous avons eu occasion de rencontrer, dans la pratique, un cas de convulsions pendant la délivrance. La jeune femme qui en

était l'objet, enceinte de son troisième enfant, n'avait éprouvé, pendant toute cette grossesse, qu'une impression, qu'une affection morale très-passagère ; son accouchement même n'avait rien offert de remarquable. Lorsque tout à coup, tandis qu'on s'occupait de l'enfant, l'accouchée s'écria qu'elle avait une attaque de nerfs, affection à laquelle elle n'était pas sujette. En effet, déjà tout son corps était en proie aux symptômes des plus violentes convulsions. Pendant cet accès elle perdit l'usage de la raison et des sens qu'elle recouvra dès qu'il eut cessé. Cependant ce mieux fut de courte durée ; et lorsque déjà je la croyais à l'abri de cette terrible affection, un nouvel accès sévissait avec plus de violence que le premier. Je me hâtai d'opérer la délivrance, qui ne présenta aucune difficulté ; pendant ce temps je crus remarquer que les accès correspondaient avec ceux du travail de la délivrance. Un coma profond leur succédait, la raison reprit et perdit souvent son empire. Cependant la santé s'améliorait, les visions bizarres se dissipaient, et douze jours après cette femme était rétablie, non sans ressentir encore des traces de cette terrible affection.

Quant au traitement, j'eus recours aux applications froides que Dennemann conseille : je maintins long-temps un linge mouillé sur la face et sur le front ; je plaçai des sangsues derrière les oreilles ; les mouvemens fréquens et violens des bras m'empêchèrent d'avoir recours à la saignée ; les dérivatifs aux pieds et aux jambes, de larges vésicatoires aux extrémités, de larges cataplasmes émolliens sur le ventre, des boissons adoucissantes complétèrent tout le traitement. Ainsi la délivrance, dans cette circonstance, faite dès le premier accès, n'apporta aucune amélioration dans l'état de la malade. Une délivrance forcée aurait sans doute l'inconvénient, en augmentant les douleurs, d'accroître aussi les accidens. Il ne faudrait s'y décider que dans le cas où elle résisterait à tous les autres moyens.

De la délivrance après l'avortement.

Si la délivrance doit être abandonnée à elle-même, c'est sans doute après l'avortement, quels que soient les accidens quil'accompagnent, surtout dans les deux ou trois premiers mois de la gestation. Le plus souvent l'œuf sort en entier· il en résulte rarement des accidens ; une perte légère signale

d'abord les effets immédiats de la cause de l'avortement; bientôt elle s'affaiblit ou cesse, et sept à huit jours après elle recommence, pour présider au dernier phénomène de l'avortement.

Si cet accident a lieu à une époque plus avancée de la grossesse, les membranes se rompent, les eaux s'écoulent, et la délivrance suit de quelques jours l'expulsion de l'enfant. Quelle que soit l'époque à laquelle ait lieu l'avortement, la délivrance est toujours plus longue et plus tardive que dans l'accouchement à terme; aussi le placenta et les membranes sont souvent altérés. Dans le plus grand nombre des cas, c'est la nature qui fait tous les frais de la délivrance; le cordon est si grêle, qu'il est impossible de l'aider, il cède à la plus légère traction, et ne tarde pas à se décomposer et à se séparer. Si une portion du placenta s'engage dans le col, il faut la saisir avec les doigts, ou avec une pince de *Levret*. S'il survient une perte, ce qui est très-rare, il faut tamponner. Ici on n'a pas à redouter comme après l'accouchement, que le sang s'amasse dans la cavité de l'utérus, et n'occasionne une perte interne ; l'utérus ici offre trop de résistance.

Si le délivre se putréfie dans l'utérus, il faut faire des injonctions détersives pour en procurer la sortie et ne pas trop en redouter le séjour, dit Baudelocque ; il est expulsé par portion ; quelques femmes en ont conservé pendant plusieurs mois sans en être incommodées ; on a même vu une nouvelle grossesse entraîner les portions restantes du placenta de la grossesse qui avait précédé (*Désormaux*) : exemple de l'innocuité du placenta dans l'utérus lorsqu'il est entièrement abandonné à lui-même.

Délivrance dans certains cas particuliers.

Après la rupture de l'utérus, souvent le placenta passe avec le fœtus dans la cavité abdominale ; alors la délivrance se fait en opérant l'extraction de l'enfant. Si cependant le délivre était resté dans l'utérus, le cordon ombilical étant coupé, on pourrait en confier le soin à la nature; mais ces cas sont presque toujours mortels.

Dans les gestations extrà-utérines, *Sabatier* et *Levret* conseillaient de laisser le délivre après avoir opéré l'extraction de l'enfant par la gastrotomie, dans la crainte de donner lieu à une hémorrhagie. Mais si les adhérences sont

très-fortes, on peut temporiser et laisser à la nature le soin d'opérer cette séparation, qu'on peut aider ensuite par des tractions sur le cordon ou par le décollement.

Dans l'opération césarienne, la délivrance se fait par la plaie dans laquelle on engage le placenta par une portion de la circonférence (1).

Nous ne parlerons pas de la délivrance dans le cas d'étroitesse du bassin, de vice des parties génitales, elle doit toujours s'opérer par les ouvertures que l'enfant aura franchies.

Des divers moyens d'opérer la délivrance artificielle.

On peut provoquer la délivrance de plusieurs manières, soit à l'aide de substances médicamenteuses ou inertes, soit à l'aide de la main. Nous ne parlons pas des vomitifs, des sternutatoires, des aristolochiques, des lavemens irritans, etc., vantés par les anciens pour provoquer la délivrance. Les quidens occasionés par les substances irritantes y ont fait renoncer.

Nous ne reparlerons pas non plus de ces procédés usités par *Mauriceau*, par *Pen*, dans l'intention d'accélérer cette fonction, comme l'action de se moucher, de souffler dans ses mains; ces moyens sont susceptibles de produire des hernies, des déplacemens de l'utérus; les modernes y ont renoncé.

Parmi les médicamens vantés et mis en usage pour produire la délivrance, il en est un qui paraît exercer sur l'utérus une action toute spécifique, sur l'authenticité de laquelle, malgré de puissans témoignages, s'élèvent encore quelques contes, c'est le seigle ergoté. MM. *Stearns* et *Prescot* rapportent qu'aux États-Unis la découverte et l'usage de ce médicament, appliqué aux accouchemens, se perd dans la nuit des temps, qu'on en fait un fréquent et heureux usage qui n'a jamais causé d'accident.

De l'emploi du seigle ergoté dans la délivrance.

L'empirisme en France et en Allemagne s'en était emparé depuis longtemps, lorsqu'en 1777 M. Desgranges constata l'efficacité de cette substance.

---

(1) Quelques auteurs ont conseillé de diriger le cordon ombilical dans le vagin, d'opérer la délivrance par les voies de la génération; mais ce conseil n'a pas prévalu.

Une expérience de quarante ans l'a convaincu de son action stimulante vraiment spécifique sur l'utérus. Parmi les travaux les plus récens, M. Villeneuve, dans un mémoire sur ce sujet, discute avec impartialité les avantages et les inconvéniens de cette substance ; il conclut en faveur des propriétés évidentes de ce médicament sur l'action de l'utérus.

Si on possède des données positives sur son efficacité pendant l'accouchement, on est moins avancé relativement à la délivrance, aux hémorrhagies ultérieures : cependant quelques praticiens prétendent en avoir obtenu les plus grands avantages, entre autres MM. Chapman, Prescot, Bordot, Goupil ; on l'administre en poudre dans une cuillerée d'eau sucrée à la dose de 15, 20, 25 grains ; M[me]. Lachapelle dit l'avoir employé à la dose de 60 grains en deux ou trois prises sans succès. Nous l'avons employé assez souvent ; nous en avons tantôt obtenu des succès, tantôt il a été sans effet.

Nos expériences n'ont pas été assez nombreuses, surtout relativement à la délivrance, pour nous prononcer sur ce sujet, qui ne laisse aucun doute dans l'esprit d'un grand nombre de praticiens et d'observateurs consciencieux ; et nous en faisons usage chaque fois que nous en trouvons l'occasion.

Des injections d'eau froide par la veine ombilicale pour opérer le décollement du placenta et arrêter les hémorrhagies, et stimuler les contractions-utérines.

Il est encore un nouveau procédé plus récent qui fixe l'attention des praticiens, à l'aide duquel on peut décoller sans danger le placenta de l'uterus ; c'est l'injection d'eau froide ou doxicrat (d'une livre) dans la veine ombilicale (1). L'auteur du mémoire en rapporte un grand nombre d'observations heureuses, dans lesquelles les effets ont été instantanés. L'hémorrhagie a cessé, et le décollement a été promptement opéré par ce moyen. On dit (2) que M. le professeur Roux de Montpellier l'a employé deux fois avec

(1) Le procédé est très-simple, il consiste à injecter avec une seringue une livre d'eau par la veine ombilicale (après en avoir laissé écouler le sang). D'appliquer ensuite une ligature. On peut les répéter.

(2) Dans le *Recueil de la Société royale de Marseille*.

succès dans un cas d'adhérence et d'hémorrhagie. Plus de quarante observation srapportées par l'auteur, dans lesquelles quelques minutes ont suffi pour obtenir un résultat heureux, attestent son efficacité et son innocuité.

De la délivrance artificielle à l'aide de la main. — Procédé.

Lorsque l'accoucheur est décidé à opérer la délivrance artificielle avec la main, il doit comme le conseille Hippocrate, y procéder avec beaucoup de ménagement : il placera l'accouchée sur le bord de la couchette, le siége un peu élevé, comme dans l'accouchement manuel. Il en préviendra puis après avoir reconnu le lien d'insertion du placenta à l'utérus autant que possible. Après avoir enduit sa main d'huile, ou mieux de mucilage de graine de lin (3), l'accoucheur, convenablement disposé, les doigts réunis au cône, introduit avec beaucoup de précaution la main dans l'utérus, dans la double direction des axes du bassin, ou bien en suivant le cordon ombilical quand il existe. Parvenu dans la cavité utérine, il cherche le placenta, qu'il décolle dans un point de la circonférence avec l'extrémité des doigts réunis ; glissant ensuite entre les surfaces correspondantes du placenta et de l'utérus, il les sépare avec beaucoup de précaution ; en soutenant le fond de l'utérus avec l'autre main, laisse les parties trop adhérentes. Et renfermant dans sa main, courbée en forme de cuiller, toutes les parties détachées, tirant en même temps sur le cordon ombilical, l'entraîne en s'appuyant doucement sur la surface interne de l'utérus et du vagin, tout ce qu'il a saisi.

L'opérateur examine ensuite le placenta qu'il a extrait, et s'assure s'il est entier, ou s'il en a beaucoup laissé dans l'utérus. Il obvie aux accidens qui peuvent résulter de cette manœuvre, et se conduit suivant les indications qui se présentent.

Pendant que la main, placée dans l'utérus, en parcourt la surface, il est essentiel que l'autre en soutienne le fond à travers les parois abdominales pour éviter les vives douleurs que la femme ressent dans la région du cœur.

Ici se termine tout ce que nous avinos à dire sur un sujet aussi vaste qu'important. Nous sentons que nous n'avons fait que l'effleurer ; heureux si nous avons pu donner à penser qu'il ne nous est pas étranger.

---

(3) Quelques accoucheurs pensent qu'il y a plus d'avantage, suivant l'implantation du placenta, à choisir telle ou telle main ; mais en général ce choix est bien moins important que pour l'accouchement ; l'un ou l'autre offrent la même facilité.

RÉSUMÉ.

DÉLIVRANCE NATURELLE.

Seconder les efforts de la nature.

DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE.

Dans le cas d'adhérence simple, attendre pendant un certain temps. Si le seigle ergoté, les injections ombilicales, les tractions ne réussissent pas, opérer doucement le décollement avec la main, abandonnant ce qui résiste à l'action de l'utérus.

Dans le cas de chatonnement, agir de la même manière.

Dans le cas d'hémorrhagie, employer d'abord les moyens généraux, faire reevnir l'utérus sur lui-même avant de délivrer avec la main. Si la femme est trop faible, abandonner la délivrance à la nature.

Si le col est trop ressreré, et qu'il faille employer trop de violence, ne pas avoir recours à la délivrance manuelle, quelque soit le cas.

Tous ces accidens peuvent se trouver réunis ; il faut alors remédier au plus grave l'hémorrhagie.

FIN.